2022

GUÍA OPERATIVA 8. ESTRATEGIA DE RELEVO DOMICILIARIO A CUIDADORES

MODELO DE SALUD TERRITORIAL

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

TABLA DE CONTENIDO

1. OBJETIVO 1
2. ALCANCE 1
3. MARCO LEGAL 3
4. GLOSARIO 5
4.1 ABREVIATURAS 7
5. ASPECTOS TÉCNICOS 7
5.1 Clasificación de la discapacidad y/o dependencia 8
5.2 Actividades estrategia de relevo domiciliario a cuidadores 10
5.3 Proceso de Salud y bienestar 13
a. Intervención desde el profesional en Psicología 15
b. Intervención desde el profesional en Terapia Ocupacional 20
c. Intervención desde el profesional en Enfermería 22
5.4 Relevos Domiciliario a Cuidadores en la Ruralidad 28
5.5 Proceso de seguimiento y monitoreo 29
5.6 Cierre de sesiones de relevo domiciliario a cuidadores 30
6. BIBLIOGRAFÍA 31
7. CONTROL DE CAMBIOS 31

1. OBJETIVO

La Estrategia de Relevo Domiciliario a Cuidadores, tienen como objetivo prestar servicios temporales de relevo domiciliario a cuidadores mayores de edad con el fin de responder a: (i) las necesidades del cuidador(a), la promoción de su salud, la prevención de su enfermedad y el fortalecimiento de redes sociales del cuidador(a), para brindarle un descanso de sus labores de cuidado directo y permitirle destinar dicho tiempo a avanzar en su proyecto de vida y/o descansar y/o disfrutar de los servicios de formación complementaria y certificación de saberes y/o recibir atención psicológica y servicios complementarios en las manzanas de cuidado (donde existan); y (ii) las necesidades específicas de atención de las personas que requieren cuidado por su condición de dependencia, afectación psicosocial y/o discapacidad.

2. ALCANCE

La atención de las personas con discapacidad y/o dependencia funcional en términos de garantía de derecho ha logrado avances significativos a través de la implementación de políticas públicas tanto para las personas con discapacidad y personas mayores, sin embargo, la labor de la persona que realiza el cuidado y que garantiza de acuerdo con sus posibilidades la participación en sociedad de la persona cuidada, no había sido reconocida y gracias al Sistema Distrital de Cuidado “SIDICU” se abre la puerta de inicio a la atención y reconocimiento de la labor de cuidado, buscando responder a las necesidades más sentidas de quienes ejercen esta labor no remunerada y que en la gran mayoría son las mujeres, adicionalmente a nivel nación ya se encuentra construida la Política de Cuidado y se encuentra trámite de aprobación.

La ciudad de Bogotá a través de la Secretaría Distrital de la Mujer lidera el SIDICU y los 13 sectores que conforman la administración distrital dentro de los que se encuentra Salud, hacen parte de la Comisión Intersectorial de Cuidado creada por el Decreto 237 del 30 de octubre de 2020 como órgano de gobernanza del Sistema Distrital de Cuidado y cuyo reglamento interno fue adoptado mediante el Acuerdo 001 del 24 de febrero de 2021.

Los sectores que conforman la Comisión sin perjuicio de sus propias funciones deben cumplir funciones específicas dentro de las que se destacan: Formular y aprobar los lineamientos y las bases técnicas, operativas y metodológicas del Sistema Distrital de Cuidado; diseñar e implementar el modelo territorial del Sistema Distrital de Cuidado; orientar y articular los esquemas de financiamiento del Sistema Distrital de Cuidado; fomentar la corresponsabilidad en la ejecución de los trabajos de cuidado en las familias y la comunidad, y entre el Estado, el sector privado, la sociedad civil y las organizaciones comunitarias; y diseñar la metodología de monitoreo y sistema de información del Sistema Distrital de Cuidado, entre otros.

En línea con los avances del Sistema de Cuidado de Bogotá, la Secretaría Distrital de Salud “SDS”, han venido aportando a la creación y al fortalecimiento del SIDICU; implementando

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

una serie de alternativas que le permitan a la ciudad reconocer y resignificar la labor de cuidado como necesaria en la sociedad, y a los cuidadores, disfrutar de oportunidades de respiro y capacitación que acompañen su proyecto de vida, así como también a la cualificación de su labor cuidadora.

El aporte que realiza la SDS al SIDICU, se hace a través de la implementación de la estrategia de relevo de cuidado, la cual consiste en prestar servicios temporales de relevo domiciliario a cuidadores mayores de edad, con el fin de brinda un descanso al cuidador directo y permitirle destinar dicho tiempo para avanzar en su proyecto de vida y/o descansar y/o disfrutar de los servicios de formación complementaria y certificación de saberes y/o recibir atención médica, psicológica, y servicios complementarios en las manzanas de cuidado (donde existan); así como también identificar las necesidades específicas de atención a las personas que requieren cuidado por su condición de dependencia funcional y/o discapacidad.

El alcance de la estrategia de relevo domiciliario a cuidadores es abordar las 20 localidades de Bogotá, a través de 4 zonas.

Tabla 1. Zonas y localidades

No	Localidad	Zona
1	Usaquén	**Zona Norte**
2	Suba	
3	Engativá	
4	Teusaquillo	
5	Chapinero	
6	Barrios Unidos	
7	Santa Fe	**Zona Centro Oriente**
8	Candelaria	
9	Los Mártires	
10	Rafael Uribe	
11	Antonio Nariño	
12	San Cristóbal	
13	Ciudad Bolívar	**Zona Sur**
14	Tunjuelito	

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

No	Localidad	Zona
15	Sumapaz	
16	Usme	
17	Bosa	**Zona Sur Occidente**
18	Kennedy	
19	Fontibón	
20	Puente Aranda	

Condiciones del servicio:

- Duración máxima de cada jornada de relevo: 4 horas
- Horario: Diurno de 7:00 a.m. – 11:00 a.m. o de 1:00 p.m. – 5:00 p.m.
- Días hábiles del relevo de lunes a viernes (sábados solo si se acuerda con la familia)
- Frecuencia del relevo domiciliario a cuidadores por hogar: una (1) vez a la semana, el mismo día de la semana.

3. MARCO LEGAL

El marco normativo aplicable a la operación de los equipos de atención en casa y a la Estrategia de Relevo Domiciliario a Cuidadores es el siguiente:

- Ley 1751 de 2015 - Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones.
- Ley Estatutaria 1618 de 2013 - Por medio de la cual se establecen las disposiciones para garantizar el pleno ejercicio de los derechos de las personas con discapacidad.
- Ley 1438 de 2011 - Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.
- Ley 1413 de 2010 - Por medio de la cual se regula la inclusión de la economía del cuidado en el sistema de cuentas nacionales con el objeto de medir la contribución de la mujer al desarrollo económico y social del país y como herramienta fundamental para la definición e implementación de políticas públicas.
- Ley 1346 de 2009 - Por medio de la cual se aprueba la “Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad”, adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 13 de diciembre de 2006.
- Ley 949 de 2005 - Por la cual se dictan normas para el ejercicio de la profesión de terapia ocupacional en Colombia, y se establece el Código de Ética Profesional y el Régimen Disciplinario correspondiente.
- Decreto 237 de 2020 - Por medio del cual se crea la Comisión Intersectorial del

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Sistema Distrital de Cuidado.

- Decreto 3600 de 2007- Por el cual se reglamentan las disposiciones de las Leyes 99 de 1993 y 388 de 1997 relativas a las determinantes de ordenamiento del suelo rural y al desarrollo de actuaciones urbanísticas de parcelación y edificación eneste tipo de suelo y se adoptan otras disposiciones.
- Acuerdo 001 del 2021 - Por el cual se adopta el Reglamento Interno de la Comisión Intersectorial del Sistema Distrital de Cuidado.
- Acuerdo 761 de 2020 del Concejo de Bogotá - Por medio del cual se adopta el Plan de desarrollo económico, social, ambiental y de obras públicas del Distrito Capital 2020-2024 “Un nuevo contrato social y ambiental para la Bogotá del siglo XXI.
- Acuerdo 710 de 2018 - Por el cual se determinan los lineamientos para el fomento, la generación de empleo, y el Teletrabajo para personas con discapacidad y Adultos Mayores que requieren cuidado permanente y sus Cuidadores y Cuidadoras en el Distrito Capital, se establece una estrategia para la atención integral de cuidadores y cuidadoras y se dictan otras disposiciones.
- Acuerdo Distrital 641 de 2016 - Por el cual se efectúa la reorganización del Sector Salud de Bogotá, Distrito Capital, se modifica el Acuerdo 257 de 2006 y se expiden otras disposiciones.
- Acuerdo 584 de 2015 - Por medio del cual se adoptan los lineamientos de la política pública de mujeres y equidad de género en el Distrito Capital y se dictan otras disposiciones.
- Acuerdo 624 de 2015 - Por el cual se implementa un protocolo integral por los derechos a la protección y bienestar de los cuidadores y cuidadoras de personas condiscapacidad en Bogotá, D.C.
- Acuerdo Distrital 091 de 2003 - Por el cual se establece el plan de igualdad de oportunidades para la equidad de género en el Distrito Capital.
- Resolución 00002077 de 2021: Por la cual se establece la Clasificación Única de Procedimientos en Salud – CUPS.
- Resolución 521 de 2020. Ministerio de Salud y Protección Social. Por la cual se adopta el procedimiento para la atención ambulatoria de población en aislamiento preventivo obligatorio con énfasis en población con 70 años o más o condiciones crónicas de base o inmuno-suspensión por enfermedad o tratamiento, durante la emergencia sanitaria por COVID- 19.
- Resolución 113 de 2020: por la cual se dictan disposiciones en relación con la certificación de discapacidad y el registro de localización y caracterización de personas con discapacidad.
- Resolución 2626 de 2019 del Ministerio de Salud y Protección Social - Por la cual se modifica la Política de Atención Integral en Salud -PAIS y se adopta el Modelo de Acción Integral Territorial-MAITE.
- Resolución 3280 de 2018. Ministerio de Salud y Protección Social - Por la cual se adopta el Manual Metodológico para la elaboración e implementación de las Rutas Integrales de Atención en Salud - RIAS, se adopta un grupo de Rutas Integrales de Atención en Salud desarrolladas por el Ministerio de Salud y Protección Social

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

dentro de la Política de Atención Integral en Salud - PAIS y se dictan otras disposiciones.

- Resolución 005928 de 2016: Por la cual se establecen los requisitos para el reconocimiento y pago del servicio de cuidador ordenado por fallo de tutela a las entidades recobrantes, como un servicio excepcional financiado con cargo a los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud
- Resolución 3202 de 2016. Ministerio de Salud y Protección Social - Por la cual se adopta el Manual Metodológico para la elaboración e implementación de las Rutas Integrales de Atención en Salud — RIAS, se adopta un grupo de Rutas Integrales de Atención en Salud desarrolladas por el Ministerio de Salud y Protección Social dentro de la Política de Atención Integral en Salud - PAIS y se dictan otras disposiciones.
- Resolución 518 del 2015. Ministerio de Salud y Protección Social. Por la cual se dictan disposiciones en relación con la Gestión de la Salud Pública y se establecen directrices para la ejecución, seguimiento y evaluación del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas – PIC.
- Circular 025 de 2020- Instrucciones para formular acciones colectivas y procesos de gestión de la salud pública, en el marco de la emergencia sanitaria por causa del coronavirus (COVID-19).
- Consejo Distrital de Política Económica y Social del Distrito Capital No 14 “POLÍTICA PÚBLICA DE MUJERES Y EQUIDAD DE GÉNERO 2020-2030” Publicado en el Registro Distrital No. 7034 de fecha 27 de enero 2021 Decreto 064 de 2020 - Por el cual se modifican los artículos 2.1.3.11, 2.1.3.13, 2.1.5.1, 2.1.7.7, 2.1.7.8 y 2.1.3.17, y se adicionan los artículos 2.1.5.4 y 2.1.5.5 del Decreto 780 de 2016, en relación con los afiliados al régimen subsidiado, la afiliación de oficio y se dictan otras disposiciones”.

4. GLOSARIO

ATENCIÓN EN SALUD. Se define como el conjunto de servicios que se prestan al usuario en el marco de los procesos propios del aseguramiento, así como de las actividades, procedimientos e intervenciones asistenciales en las fases de promoción y prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación que se prestan a toda la población.

CUIDADO DIRECTO: “grupo de tareas que implican la interacción entre personas o de atención directa hacia alguien que lo demanda. Entre los ejemplos están el cuidado de niños y niñas, de personas con discapacidad, de adultas mayores o de personas que estén enfermas.[1]”

CUIDADORES: “personas que haciendo uso de sus habilidades, destrezas, tiempo, fuerza de trabajo y talento, facilitan el acceso de la persona cuidada a las capacidades básicas humanas (vida, salud física, integridad física, sentidos, imaginación, juegos, entre otras) y promueve su participación en los diferentes entornos en los que se desenvuelve,

1 Oferta de Cuidado a Cuidadoras. Secretaría Distrital de la Mujer, 2021. P.6.

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

posibilitando la toma de decisiones y las elecciones según sus habilidades"[2].

DUPLA: se refiere a la persona sujeta de cuidado y a la persona que realiza el cuidado de esta persona.

EQUIPOS DE ATENCIÓN EN CASA: Grupos interdisciplinarios de profesionales y/o técnicos que, mediante su acercamiento y trabajo directo con el individuo y la familia, favorecen el acceso a los servicios de salud y el logro de resultados en torno a la promoción del autocuidado, la prevención y detección temprana de la enfermedad y la gestión complementaria del riesgo, en el marco de la estrategia de Atención Primaria en Salud. La constitución de equipos de atención casa que implica la reorganización funcional,la capacitación y la adecuación progresiva del talento humano, los lineamientos y los servicios prestados para que respondan a las características y requerimientos de la población y el territorio en el que vive[3].

ÍNDICE DE BARTHEL: es un instrumento que mide la capacidad de la persona para la realización de diez actividades básicas de la vida diaria, obteniéndose una estimación cuantitativa del grado de dependencia del sujeto.

PERSONAS CUIDADORA FAMILIAR: ''Es aquella persona que tiene vínculo familiar con la persona sujeto de cuidado, y que brinda cuidado de forma permanente o transitoria"[4].

PERSONA CUIDADORA FORMAL: "Es aquella persona que tiene vinculación laboral legal con una institución o persona natural y que tiene formación para el cuidado.[5]

PERSONA CUIDADORA INFORMAL: "Es aquella persona que no tiene vínculo familiar con la persona sujeto de cuidado y no tiene formación para el cuidado, puede ser una labor remunerada o no"[6].

PLAN DE CUIDADO: Herramienta de trabajo diseñado a la medida de cada dupla (cuidador(a)-persona que requiere cuidado) e implementado en el hogar de la misma, por parte de la organización responsable de prestar los servicios de relevo domiciliario a cuidadores. Este Plan incluye (i) actividades a ser realizadas por parte del cuidador(a) en el marco del relevo de su labor de cuidado directo; y (ii) actividades para la persona que requiere cuidado, en las que se incluye cuidado personal (higiene/alimentación/salud), esparcimiento, comunicación y apoyo de la autonomía, entre otras.

PRIORIZACIÓN: metodología que permite establecer un ordenamiento de la población potencialmente beneficiaria, aplicable cuando la demanda es mayor a la oferta. Conceder

2 Acuerdo 624 de 2015, artículo 1º.
3 Ley 1438 de 2011. Capítulo III. Atención Primaria en Salud. Artículo 14. Equipos Básicos en Salud.
4 Manual cuidado al cuidador Ministerio de Salud y Protección Social
5 Manual cuidado al cuidador Ministerio de Salud y Protección Social
6 Manual cuidado al cuidador Ministerio de Salud y Protección Social

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

preferencia a un problema de salud e intervención implica decidir cómo utilizar los recursos existentes o asignados definiendo el uso de capacidades y conocimiento, de acuerdo con la importancia de los problemas de salud.

UNIDAD DE PLANEAMIENTO RURAL: Instrumento de planificación de escala intermedia que desarrolla y complementa el plan de ordenamiento territorial para el suelo rural. [7]

UNIDAD DE PLANEAMIENTO ZONAL: Son áreas urbanas más pequeñas que las localidades y más grandes que el barrio. La función de las UPZ es servir de unidades territoriales o sectores para planificar el desarrollo urbano en el nivel zonal[8].

VISITA DOMICILIARIA: es una técnica donde se utiliza una entrevista estructurada o semiestructurada que es aplicada en el domicilio de la persona, con el fin de verificar condiciones socioeconómicas, de salud, entre otras.

WHODAS 2.0: es un instrumento estandarizado de evaluación genérico desarrollado por la Organización Mundial de la Salud "OMS" que mide la discapacidad.

ZARIT: es un instrumento evalúa el nivel de sobrecarga que padecen los cuidadores de las personas con dependencia funciona o con discapacidad.

4.1 ABREVIATURAS

EPS-S - Entidad Prestadora de Servicios de Salud - Subsidiada
PSPIC - Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas
RBC - Rehabilitación Basada en Comunidad
SIDICU - Sistema Distrital de Cuidado
SDS - Secretaría Distrital de Salud
SISS - Subredes Integradas de Servicios de Salud
UPR - Unidad de Planificación Rural.
UPZ - Unidad de Planeamiento Zonal.
EAC – Equipos de Atención en Casa

5. ASPECTOS TÉCNICOS

La población sujeta de atención en el marco de la implementación de la estrategia de relevo de cuidado son los cuidadores de personas con discapacidad y/o dependencia funcional.

7 Decreto 3600 de 2007. Capítulo 1. Disposiciones generales. Unidad de planeación rural

[8] UPZ. Secretaria Distrital de Hábitat. Disponible en: https://www.habitatbogota.gov.co/transparencia/informacion-interés/glosario/UPZ

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Por lo tanto, es importante definir que es la dependencia funcional y la discapacidad, aunque la presencia de una limitación física o mental y la dependencia están correlacionadas, no son sinónimos, ya que una persona con discapacidad no necesariamente tiene una dependencia.

En este orden de ideas, la definición de dependencia funcional es la presencia de dificultades permanentes para realizar las actividades de la vida diaria, ya sea por edad o por enfermedad, sin embargo, la dependencia funcional no se reduce exclusivamente a una dimensión biológica, sino que también depende de las circunstancias y los recursos disponibles que ofrece el entorno para garantizar la independencia funcional. Por otro lado, las personas con discapacidad son quienes presentan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, al interactuar con diversas barreras del entorno, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad (Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad- año 2008).

Como se menciona en el alcance que tiene la estrategia de relevo domiciliario, la atención de las personas con discapacidad y/o dependencia funcional ha logrado avances significativos a través de políticas públicas, sin embargo, la labor de la persona que realiza el cuidado no había sido reconocida. Para la clasificación de la discapacidad es importante identificar la discapacidad y/o nivel de dependencia funcional de acuerdo con la resolución 113-2020.

5.1 Clasificación de la discapacidad y/o dependencia

Teniendo en cuenta la resolución 113 de 2020[9] del Ministerio de Salud y Protección Social donde se enumera la clasificación internacional del funcionamiento, la discapacidad y la Salud; a continuación, se define cada tipo de discapacidad.

Tabla 2. Tipos de discapacidad

Tipo de discapacidad	Definición
Discapacidad física	Son las personas que presentan en forma permanente deficiencias corporales funcionales a nivel musculo esquelético, neurológico, tegumentario de origen congénito o adquirido, pérdida o ausencia de alguna parte de su cuerpo, o presencia de desórdenes del movimiento corporal.
Discapacidad Auditiva	Se encuentran personas que presentan en forma permanente deficiencias en las funciones sensoriales relacionadas con la percepción de los sonidos y la discriminación de su localización, tono, volumen y calidad; como consecuencia, presentan diferentes grados de dificultad en la recepción y producción de mensajes verbales y, por tanto, para la comunicación oral. (personas sordas y personas con hipoacusia).

[9] Resolución 113 de 2020 del Ministerio de Salud y Protección Social, anexo técnico

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Tipo de discapacidad	Definición
Discapacidad Visual	Son las personas que presentan deficiencias para percibir la luz, forma, tamaño o color de los objetos. Se incluye a las personas ciegas y a las personas con baja visión, es decir, quienes, a pesar de usar gafas o lentes de contacto, o haberse practicado cirugía, tienen dificultades para distinguir formas, colores, rostros, objetos en la calle, ver en la noche, ver de lejos o de cerca, independientemente de que sea por uno o ambos ojos, estas personas presentan diferentes grados de dificultad en la ejecución de actividades de cuidado personal, del hogar, entre otras.
Sordo ceguera	Es la combinación de una deficiencia visual y una deficiencia auditiva, que genera en las personas que la presentan problemas de comunicación, orientación, movilidad y el acceso a la información. Las personas sordo ciegas requieren de servicios especializados de guía interpretación para su desarrollo e inclusión social.
Discapacidad intelectual	Las personas presentan deficiencias en las capacidades mentales generales, como el razonamiento, la resolución de problemas, la planificación, el pensamiento abstracto, el juicio, el aprendizaje académico y el aprendizaje de la experiencia, de tal manera que el individuo no alcanza los estándares de independencia personal y de responsabilidad social en uno o más aspectos de la vida cotidiana, incluidos la comunicación, la participación social, el funcionamiento académico u ocupacional y la independencia personal en la casa o en la comunidad.
Discapacidad psicosocial	Las personas con deficiencias (alteraciones en el pensamiento, percepciones, emociones, sentimientos, comportamientos y relaciones, considerados como signos y síntomas atendiendo a su duración, coexistencia, intensidad y afectación funcional) y las barreras del entorno que evitan su participación plena y efectiva en la sociedad. Estas personas requieren básicamente de apoyos médicos y terapéuticos especializados de acuerdo con sus necesidades. De igual forma, para su protección y participación en actividades personales, educativas, formativas, deportivas, culturales, sociales, laborales y productivas, pueden requerir apoyo de otra persona.
Discapacidad Múltiple	Presencia de dos o más deficiencias asociadas, de orden físico, sensorial, mental o intelectual, las cuales afectan significativamente el nivel de desarrollo, las posibilidades funcionales, la comunicación, la interacción social y el aprendizaje, por lo que requieren para su atención de apoyos generalizados y permanentes.
Vulnerabilidad asociada con la edad	Dependencia para realizar sus actividades esenciales de la vida diaria, condición que puede estar relacionada como consecuencia de una enfermedad crónica, entre otras.

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

5.2 Actividades estrategia de relevo domiciliario a cuidadores

Teniendo en cuenta la importancia de prestar un servicio diferencial que vayan relacionado con las necesidades más sentidas de la dupla, a continuación, se describen las actividades de acuerdo con la modalidad de cuidado las cuales son agrupadas por procesos:

5.2.1 Proceso de coordinación técnica y administrativa

Este proceso hace referencia a las actividades que realizará el grupo técnico y administrativo el cual está conformado por el/la líder operativa de la estrategia de relevo, un auxiliar administrativo (bachiller) y el geógrafo de EAC.

De acuerdo con la base de cuidadores identificada por los EAC de personas mayores, personas con discapacidad y/o cuidadores, el profesional geógrafo de EAC realizará la georreferenciación para iniciar el abordaje en el territorio.

El líder operativo deberá garantizar el cumplimiento de los criterios de inclusión a la estrategia a través de la revisión de la base de preseleccionados por los EAC y la base final preseleccionada. Así mismo garantizar el fortalecimiento técnico del equipo de la estrategia de relevo que permita operar un servicio de relevo con calidad y cumpliendo con lo establecido en la presente guía operativa.

El auxiliar administrativo (bachiller) deberá registrar la información de la implementación de la estrategia de relevo en los formatos establecidos para tal fin y en los tiempos estipulados por la SDS.

Este equipo deberá realizar, la inducción al equipo de relevo en los temas relacionados a continuación:

- Rutas de atención en salud
- Proceso interno para la activación o canalización de alguna ruta
- Registro de historia clínica
- Creación de usuarios para registro de historia clínica
- Activación de ruta de emergencias
- Socialización de prácticas clínicas de acuerdo con la competencia del servicio
- Formatos de registro de información
- Socialización de enfoque diferencial
- Socialización de la guía operativa de la ERC
- Demás temas que crean pertinentes para la correcta operación de la estrategia de relevo.

La contratación del equipo deberá realizarse de manera escalonada teniendo en cuenta los diferentes procesos descritos en la presente guía operativa.

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

5.2.2 Proceso de Identificación.

Como punto de control que permite identificar las condiciones de salud y el cumplimiento de criterios de participación en la estrategia de relevo de la dupla (cuidador – persona que requiere cuidado), la identificación de las duplas sujetas de atención se realizara desde la línea operativa Equipos de atención en casa de la Secretaria de Salud, cuyo objetivo es llevar servicios de salud en el domicilio del ciudadano, a través de la operación de equipos interdisciplinarios quienes articulan acciones colectivas e individuales de cuidado.

La línea operativa de Equipos de Atención en Casa, Entornos Cuidadores de la SDS y de más líneas operativas del Modelo Territorial de Salud, remitirán las duplas identificadas durante el abordaje en territorio, los remitidos por otra línea operativa de la SDS diferente EAC, será inicialmente abordados por EAC, este proceso permitirá tener una base preseleccionada de las duplas. Las duplas preseleccionadas contarán con: Historia clínica, valoración información que permitirá emitir un concepto técnico profesional.

Una vez este la base preseleccionada se realizará la verificación en campo con el equipo de profesionales y de esta manera conocer: el interés de la dupla en participar, las condiciones de la vivienda, y la información complementaria requerida para elaborar los planes de cuidado, así como el diligenciamiento del formato de captura de información.

El equipo de identificación estará conformado por profesionales en psicología, enfermería, quienes analizaran la información entregada por los equipos de atención en casa y junto con los siguientes criterios definirán las duplas seleccionadas para iniciar el proceso de identificación, proceso donde realizara la verificación a través de visitas domiciliarias a cada una de las duplas seleccionadas:

a. Criterios de inclusión

1. Personas cuidadoras mayores de edad
2. Personas que residen en Bogotá.
3. Personas no tengan auxiliar de enfermera asignada por el plan obligatorio de salud
4. Personas que cuentan con un lugar habitacional en donde recibir la atención

b. Criterios de priorización

1. Personas mayores de edad que presentan discapacidad y/o dependencia funcional
2. Personas mayores de 60 años con dependencia funcional debido a la edad avanzada.
3. Sobrecarga alta del cuidador (Puntaje de Zarit)
4. Cuidador de género femenino
5. Cuidadores con enfermedades crónicas o de alto costo no controladas
6. Cuidadores-as de personas con discapacidad y/o dependencia víctimas de hechos violentos.
7. Cuidadores-as de personas con discapacidad pertenecientes a los sectores LGBTI

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

8. Cuidadoras de personas con discapacidad que son jefes de hogar.
9. Cuidadores-as de personas con discapacidad indígena, afro, palanquera, raizal, Rrom o gitana registrada en los listados censales oficiales, avalados por la entidad gubernamental competente.

c. Pruebas que se aplicaran en la visita domiciliaria inicial

1. Barthel a la persona que requiere cuidado
2. Whodas 2.0 a la persona que requiere cuidado
3. Zarit al Cuidador (al inicio y al final del proceso)
4. Evaluación Psicología
5. Tamizaje Zung – Hamilton

5.2.2.1 Relevo domiciliario de cuidado

Va dirigida a cuidadores que tienen bajo su cuidado personas mayores de edad, que tienen dependencia para realizar actividades de la vida diaria, sin embargo, es importante hacer la claridad que si la persona a ser cuidado requiere alta supervisión para realizar sus actividades de la vida diaria la auxiliar de enfermería no realizará procedimientos invasivos, este acompañamiento o relevo tendrá un enfoque de fortalecimiento de la autonomía, cualificar la labor de cuidado y generar bienestar al cuidador, mejorando así la calidad de vida de la dupla. Es así que es importante tener en cuenta durante el relevo las siguientes recomendaciones:

- No realizar procedimientos invasivos
- No realizar suministro de medicamentos
- Realizar la toma de signos al inicio y al finalizar el relevo
- Si durante el relevo se realiza alguna salida de la casa; (salida que será en los alrededores del lugar de vivienda de la dupla, y adicionalmente debe hacer parte del plan de cuidado de la dupla) esta salida deberá estar autorizada por la familia o cuidador.
- En caso de identificarse alteraciones en la toma de signos que pongan en riesgo la vida de la persona, deberá activarse la ruta de emergencias e informar a líder operativo.

5.2.2.2 Productos del proceso de identificación

Los Equipos de Atención en Casa de la SDS entregaran la base de cuidadores identificados en el abordaje realizado por estos equipos, a través de las dos estrategias ruteo y casa a casa, estaba base tendrá: Historia clínica, valoración médica, entre otros, el equipo de identificación de acuerdo con el análisis, e identificación realizada en territorio emitirá un concepto técnico que permita el ingreso a la Estrategia Relevo Domiciliario a Cuidadores, cada actividad de identificación tendrá un producto así:

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Georreferenciación de las duplas: de acuerdo con la base que entrega la cual debe estar filtrada con las personas que son cuidadores y que cumplen los criterios definidos anteriormente, el geógrafo del EAC realizará la georreferenciación para que el equipo de identificación inicie la verificación en campo. Esta actividad se realizará durante el primer y 15 días de ejecución del convenio.

Visita domiciliaria: se debe realizar visita domiciliaria al 100% de las duplas que participaran de la estrategia de relevo en el formato establecido para tal fin. (ver caja de herramientas

Análisis de la información: Se entregará al equipo de relevo el análisis de información de cada dupla en un formato de análisis por dupla que entregará la SDS.

Sistemas de información: de acuerdo con el sistema captura de información, todo cuidador o persona que requiera cuidado que cumpla con los criterios de inclusión deberá ser registrado en la herramienta socializada por la SDS. Está actividad de registro de la información estará bajo la responsabilidad del auxiliar administrativo (bachiller). Registro que se realizará en el formato establecido para tal fin. (ver caja de herramientas).

Consentimiento informado: todas las duplas seleccionadas firmarán el consentimiento informado antes de iniciar el relevo y hará parte de la carpeta de la dupla formato que será entregado por la SDS. (ver caja de herramientas).

Nota: una vez finalizada la verificación e identificación del cumplimiento de criterios por parte de los profesionales responsables, el coordinador de la estrategia de relevo en el territorio aprobará el registro de la información en el sistema misional, realizado la crítica de los instrumentos, de tal manera que cumplan con la calidad, coherencia, pertenencia y completitud de la información.
La selección de las duplas deberá quedar redar registrada a través de un acta de reunión donde se logre evidenciar el análisis de los criterios de inclusión a la estrategia de relevo.

5.3 Proceso de Salud y bienestar

El cuidado de las de personas con discapacidad o con dependencia funcional implica hacerse responsable de una cantidad de tareas que pueden desbordar las posibilidades reales del cuidador, adicionalmente las tareas o demandas son cambiantes debido al avance de la enfermedad que causa la dependencia de la persona que requiere cuidado, lo que exige una readaptación continua que sumada a la carga emocional, el desplazamiento del proyecto de vida, la impotencia ante el avance de la patología de la persona que requiere cuidado, genera una situación de estrés que puede llegar a ser crónico y que afecta negativamente la calidad de vida de los cuidadores convirtiéndolos en víctimas o pacientes ocultos[10].

[10] Proyecto de investigación. Cuidadores informales de personas dependientes en barranco grande: sobrecarga, calidad de vida y apoyo social. Fecha: 01/07/2016

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

El agotamiento emocional y físico que experimentan los cuidadores generada por la labor de cuidado, desencadena sentimientos de frustración, irritabilidad o miedo, afectando el equilibrio del organismo y como consecuencia pone en riesgo la salud del cuidador presentando enfermedades como: la hipertensión arterial, insuficiencia cardiaca, diabetes, obesidad, depresión, diarrea o estreñimiento, dolor de cabeza, cansancio, disfunción sexual, trastornos del sueño, malestar estomacal, descontrol del peso, problemas en la piel y problemas menstruales.

Aunque la norma establece responsabilidades con relación al cuidado de las personas con discapacidad o dependencia funcional, determinando como primera instancia a la familia a proveer el cuidado, sin embargo, se hace necesario atender el principio de solidaridad, es así que, teniendo en cuenta lo analizado con anterioridad y en virtud de la protección de los derechos del cuidador como la salud, el trabajo, la protección, el descanso, entre otros, en el marco del SIDICU la SDS busca generar estrategias de relevo directo al cuidador, permitiendo así generar reconcomiendo de la labor de cuidado, fortalecer procesos de autocuidado en aspectos como la salud y el bienestar, que luego se traducen en una mejor calidad de vida para la dupla.

En razón a lo anterior, en este proceso se describen las actividades que se realizarán con la dupla (cuidador, persona que requiere cuidado), cuyo objetivo es poder responder simultáneamente a las necesidades del cuidador(a) y la persona que requiere cuidado, con relación a la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, así mismo poder brindarle un descanso al cuidador y permitirle destinar dicho tiempo a avanzar en su proyecto de vida y/o descansar y/o disfrutar de los servicios de formación complementaria y certificación de saberes y/o recibir atención psicológica y servicios complementarios en salud cuando aplique.

5.3.1 Atención en Salud Resolutiva para las duplas

En el marco de la operación de los Equipos de Atención en Casa de la SDS, y de acuerdo con el flujo de trabajo establecido por la línea operativa, la estrategia de relevo de cuidado es una fuente de entrada. Es así como las duplas sujetas de atención serán valoradas por estos equipos información lo que permitirá determinar la modalidad de relevo de cuidado que requiere, adicional a esta información estas duplas recibirán una atención salud por un equipo interdisciplinario conformado por médico o enfermería, profesional en psicología entre otros.

La atención en salud podrá ser resolutiva, si la dupla se encuentra afiliada a EAPB que tengan contrato vigente con el prestador de servicios en salud. Al hablar de una atención en salud resolutiva, se hace referencia a responder de manera integral y oportuna, a una necesidad en salud que puede ser manifestada por el individuo o identificada por un profesional de la salud.

En el marco de la atención en salud realizada por los EAC se contemplan las siguientes actividades:

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

- Anamnesis
- Examen físico
- Información en salud
- Plan de cuidado
- Ordenes médicas (en el caso de que el usuario pertenezca a PNA, capital salud u EAPB que tenga contrato vigente con la Subred)

El detalle de la operación e intervención de este grupo de profesionales se encuentra en la Guía Operativa de Equipos de Atención en Casa.

Nota: para remitir las duplas para atención por parte de los EAC, se realizará en los tiempos y frecuencia definidos por la línea operativa información que se encontrará en el instructivo anexo a este documento, así como lo instrumentos, ver caja de herramientas. Esta actividad estará bajo la responsabilidad del equipo de identificación, información que debía estar previamente avalada por el líder operativo de la estrategia en el territorio.

a. Intervención desde el profesional en Psicología

Esta intervención psicológica se realizará bajo el esquema de la estrategia Enfrentando Problemas Plus EP+. Esta estrategia está vinculada al programa de la OMS que busca la reducción de la brecha de atención en Salud Mental mhGAP. EP+ consiste en una intervención breve para adultos. Las sesiones de intervención se realizan una vez por mes durante cuatro meses. Todas las sesiones son individuales. Aunque la intervención permite involucrar a familiares y amigos solo sí la persona sujeta de atención así desea.[11]

El programa propone enfrentar problemas psicológicos como: el estrés, el temor, sentimientos de impotencia y problemas prácticos como problemas de sustento, conflictos en la familia y otros. EP+ apunta a reducir los problemas que las personas identifican como preocupantes para ellas. Considerando la brevedad de esta intervención, no se ocupará de toda la variedad de dificultades se debe clasificar las problemáticas encontradas a través de las sesiones de evaluación que permita identificar los factores de riesgo y los factores protectores.

i. Primera sesión EP+

Es importante iniciar con la presentación, la razón del acompañamiento, el tiempo que se utilizará, los beneficios de la intervención que podría ser de ayuda para el tipo de problemas que está teniendo; le pedirá que hable acerca de algunas de sus dificultades; le hará algunas preguntas específicas sobre sus problemas y sentimientos; esta intervención tendrá una duración de una hora, de este dialogo es necesario tomar apuntes con el fin de identificar el énfasis de los problemas que más le afectan.

[11] Enfrentando Problemas Plus (EP+) Ayuda psicológica individual para adultos con problemas de angustia en comunidades expuestas a la adversidad

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Seguido es importante hacer entender que debe sentirse forzada a compartir información personal si esto hace que se sienta incómoda, es importante hablarle de la confidencialidad. Sin embargo, es importante también hacer la claridad que si se encuentra en riesgo la integridad de la persona se deberá informar a los familiares y realizar la canalización correspondiente.

Se aplicará el instrumento de avaluación pre – EP+ anexo a esta guía.

Seguido se aplicará la evaluación durante EP+ anexa a esta guía operativa, seguido se inicia con el tema central de la sesión “enfrentando el estrés” durante esta sesión se explicará la importancia del majeo de la respiración, la respiración lenta es una estrategia básica para la relajación y el control de los síntomas físicos del estrés y la ansiedad. Cuando se presenta el estrés o ansiedad, la respuesta física natural es la aceleración de la respiración, ubicándose en el pecho. Esta actividad puede parecer muy sutil y puede pasar desapercibido. Sin embargo, los efectos posteriores de este cambio en la respiración –se ven en dolencia que se pueden presentar en estos episodios de estrés como; el dolor de cabeza, dolor de pecho, cansancio, mareo, entre otros. Al hacer más lento el ritmo de la respiración y efectuar respiraciones desde el estómago en vez del pecho, se envía al cerebro un mensaje de relajación y calma. Y el cerebro transmite este mensaje al resto del cuerpo, como los músculos y el corazón, y el cuerpo entero comienza a relajarse.

Se cierra la sesión se hace de manera práctica ejercicios de cómo sería una forma adecuada de hacer la respiración consciente, de otro lado, se menciona la actividad que realizará en el tiempo que transcurre antes de la segunda sesión y es escribir los problemas que más la afectaron.

ii. Segunda sesión EP+

Se deberá aplicar la evaluación durante EP+ anexa a esta guía operativa. Seguido se inicia con la parte central de esta sesión es pedir a la persona elaborar una lista problemas incluyendo las colocadas en la evaluación que se realiza, posteriormente se decide si son problemas solucionables, problemas insolubles o problemas sin importancia.

El segundo paso es analizar con la persona cuáles problemas son importantes e insolubles; si se tienen alguna influencia sobre el problema, si se siente muy desesperanzada, la persona puede pensar que ninguno de sus problemas tiene solución, así que se explica la razón por que un problema en realidad puede solucionarse.

El tercer paso es escoger sobre cuál problema la persona querría concentrarse. Se sugiere que ella elija primero un problema más sencillo. Dado que existe la oportunidad de experimentar un éxito temprano en la intervención. Sin embargo, en algún momento de la intervención, se debe tratar de abordar un problema mayor o más difícil, ya que usar Enfrentando problemas sin apoyo, puede constituirse en un desafío.

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

A continuación, la persona debe definir el problema lo más específico que se pueda que permita abordar la solución de manera puntual. La tarea del profesional en piscología ayudarle a la persona a definir el problema de forma más específica y práctica. A continuación, se describen algunas sugerencias para la intervención:

- ¿En qué momentos este es un problema para usted?
- ¿En qué situaciones ocurre este problema?
- ¿Cómo se presenta este problema? Si yo lo observara cuando este problema sucedió, ¿qué vería, ¿cómo se lo vería a usted, ¿qué estaría usted haciendo o no haciendo?
- ¿De qué manera su vida (es decir, su vida diaria) sería diferente si no tuviera este problema?

Definir el problema puede ser el paso que presenta más desafíos para el profesional en psicología. Por consiguiente, es importante que se prepare esta sesión, entre las Sesiones 1 y 2, definiendo algunos de los problemas identificados en la evaluación. Esto puede ser objeto de un análisis en un comité de cuidado.

El cuarto paso es hacer la lluvia de ideas, una vez definido el problema, se debería animar a la persona a pensar en tantas soluciones o ideas como fuere posible que puedan resolver o modificar este problema. Anotar las soluciones en una hoja de papel para que se puedan recordar. Las soluciones pueden incluir también las fortalezas existentes, así como los recursos o el apoyo con el que cuenta la persona.

El quinto paso es decidir y elegir; una vez que ha agotado todas las posibles soluciones con la persona, este es el momento en el que el profesional lo ayuda a evaluar o juzgar cada solución. Ayudándole a elegir únicamente las estrategias que son útiles para influir o controlar el problema.

El sexto paso es generar el plan de acción para llevar a cabo la solución escogida. Esto incluye: dividir la solución en pequeños pasos; escoger un día y hora específicos para emprender cada una de las tareas lo cual contribuirá a que tenga éxito en completar esos pasos. Se puede usar el calendario para registrar cuándo va a completar los pasos del plan de acción; sugerir recordatorios que puedan ayudar a asegurar que complete las tareas; si una solución incluye hablar con alguien más y la persona no siente confianza al respecto, se puede practicar durante la sesión la interacción como un juego de roles. Esto contribuye a incrementar la confianza en sí mismo y las posibilidades de llevar a cabo el plan.

En la siguiente sesión, se dedicará una gran parte del tiempo para revisar cómo marcharon las cosas al completar las tareas planeadas. Se debe analizar cualquier dificultad que haya surgido para que la persona pueda dedicar la siguiente semana a tratar de llevar a cabo nuevamente las tareas deseadas.

iii. Tercera sesión EP+

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Se deberá aplicar la evaluación durante EP+ anexa a esta guía operativa. Seguido se inicia con la parte central de esta sesión “Seguir andando, continuar haciendo”; tiene el objetivo de romper este ciclo y mejorar el ánimo de las personas estimulándolas a volver a involucrarse en actividades agradables y orientadas a tareas a pesar de su estado de ánimo. Es necesario comunicarle que necesita “primero hacer” y que “la motivación o los sentimientos positivos vendrán luego”, en vez de esperar a sentirse motivado antes de comenzar una actividad. Es importante en esta sesión se establezcan metas muy pequeñas para alcanzar. Ésta es una estrategia en la cual experimentar algún éxito, aunque sea una pequeña parte de una tarea es realmente útil para mejorar el ánimo, la sensación de realización y la confianza de la persona. Por lo tanto, es importante intentar establecer la tarea de la mejor manera posible, de forma tal que signifique que habrá algún éxito. Escoger tareas simples y dividirlas en pequeños pasos es una forma de asegurarse que será un éxito.

Es importante explicar que Seguir andando, continuar haciendo es eficaz y vital para el bienestar emocional. A menudo hay fracasos porque la persona tiene metas demasiado ambiciosas y difíciles de completar. Como resultado, es muy importante que, al ofrecer una explicación, se realice con calidez y comprensión por sus preocupaciones, aunque incluyan falta de fe en esta estrategia. Procure enfatizarle que no tiene nada que perder al tratar de ponerse más activa.

Segundo paso es identificar actividades en las que la persona puede empezar a participar nuevamente. Es importante identificar por lo menos una actividad placentera y por lo menos una tarea. Una actividad placentera podría ser algo agradable que la persona solía realizar, pero ha dejado de hacer. Tareas esenciales para la vida diaria podrían incluir pagar cuentas, comprar los alimentos, lavar, comer, etc. Tener un equilibrio entre las actividades que dan placer y las que aumentan su sentido de realización puede ser de mucha ayuda para mejorar el ánimo de la persona. Es necesario mantener ese equilibrio, evitando que la persona solo participe en eventos placenteros y dedique menos tiempo a las tareas cotidianas.

Como tercer paso esta dividir la tarea en pasos más pequeños considerando el desánimo, la falta de energía, es importante dividir la tarea completa en pasos más pequeños y manejables. Esto para que la persona no se sienta abrumada con la tarea y para asegurarse que experimente algún éxito al cumplir con la tarea. Esto estimulará la confianza en sí misma y comenzará a influir en su ánimo.

El cuarto paso de esta sesión es programar las tareas de manera específica con la persona eligiendo un día y una hora cuando planea realizar la actividad, y escribir esta información en la hoja de ejercicios Seguir andando, continuar haciendo. Implementar recordatorios como por ejemplo marcar en el calendario, alertas en el celular, revisar el anexo de esta sesión en la caja de herramientas.

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

iv. Cuarta sesión EP+

Se deberá aplicar la evaluación durante EP+ anexa a esta guía operativa. Seguido se inicia con la parte central de esta sesión, cuyo objetivo es fortalecer la rede de apoyo social, a menudo se observa que las personas que tienen buenas redes de apoyo social (amigos, familiares, grupos comunitarios o religiosos, grupos de apoyo para la salud mental y otros similares, que ofrecen atención y apoyo) favorecen la recuperación emocional. Una persona no requiere necesariamente muchos apoyos sociales, pero necesita a alguien que le sea de ayuda.

Fortalecer el apoyo social puede significar cosas diferentes para las personas. Las diversas formas de apoyo incluyen, tener un amigo o un familiar que escuche y convalide las preocupaciones y emociones de la persona, en vez de no tomarlas en serio y no mostrar interés; conectarse con una agencia que provee información y apoyo apropiados que la persona necesita; conseguir ayuda para completar una tarea difícil o para ofrecer una forma de completar la tarea; pasar tiempo con otras personas, pero no necesariamente hablando acerca de los problemas (por ejemplo, compartiendo una comida); ayudar a otras personas (sin olvidar de cuidar de uno mismo). Cuando las personas no tienen ningún apoyo, se tendría que ayudar a conectarse con alguna forma de apoyo, como un amigo de confianza o un servicio comunitario (una organización comunitaria, RBC, manzanas de cuidado, entre otros).

En la segunda hora de la sesión deberá trabajarse el segundo tema central de esta última sesión “mantenerse bien y mirar hacia adelante” cuando se considera que una persona se recupera después de un tratamiento por una enfermedad física o una lesión, cuando se evidencia que por lo general no es un proceso que transcurre perfectamente sin complicaciones, ya que experimenta diversos niveles de dolor durante esta recuperación y algunos días son mejores que otros. Pero generalmente, si las personas practican los ejercicios o siguen el plan de recuperación que su enfermero o doctor les ha dado, se recuperan. El mismo proceso de recuperación sucede con los problemas o dolencias emocionales. Es probable que las personas experimenten altibajos en sus emociones, Continuar practicando las estrategias después de finalizar la intervención es importante para mantenerse bien. Esto ayudará a prevenir un pleno retorno de sus problemas y fortalecerá la confianza en usar las estrategias. De esta forma, cuando en el futuro surja una situación problemática que causa malestar, es más probable que sea capaz de responder usando estas estrategias.

Es así que es importante hablarle de manera positiva; por lo tanto, en necesario comenzar elogiando a la persona por participar en EP+. Podría preguntársele el punto de vista sobre cómo ha mejorado. De ser posible, es importante mencionar ejemplos de cuando hizo importantes progresos o mostró un considerable esfuerzo o valor. Estos comentarios apuntan a reforzar la confianza de la persona en practicar las estrategias por sí misma y manejar sus propios problemas emocionales.

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Seguido se dedica tiempo a hablar sobre lo que la persona concretamente podría hacer si en el futuro experimenta un evento serio y estresante o sentimientos negativos. Así mismo imaginar cómo ayudar a otros, utilizando lo aprendido puede ser útil para asegurarse de que entendieron cada una de las estrategias trabajadas en las sesiones. Si la persona siente que esta tarea es difícil, se puede usar como una oportunidad para enseñarle qué estrategias convienen a cada problema.

El tercer paso para fortalecer estrategias de mirar hacia el futuro, se puede hablar sobre las metas a futuro. Esto puede ayudar a las personas a considerar de qué manera podrían continuar practicando las estrategias –por ejemplo, escogiendo otros problemas que desean abordar con EP+. Luego de que ha identificado una meta (o algunas metas), se analiza cómo podría empezar a encarar esta meta. Como: ¿cuál podría ser la primera cosa que haga o qué podría planificar para hacer en los días siguientes, en la siguiente semana, el mes siguiente y así sucesivamente? Cuanto más concretas y específicas sean las metas y los planes, más fácil resulta llevarlos a cabo.

Como último paso para concluir EP+, agradezca y felicite a la persona. desear buena suerte en su recuperación y recordarle que continúe trabajando en las estrategias. Hay que informar que se estará haciendo seguimiento posteriormente, que se estarán comunicando con ella una o dos semanas después para la post-evaluación

b. Intervención desde el profesional en Terapia Ocupacional

La escuela Colombiana de Rehabilitación define la Terapia Ocupacional como conjunto de técnicas, métodos y actuaciones que, a través de actividades aplicadas con fines terapéuticos, previene y mantiene la salud, favorece la restauración de la función, suple los déficits invalidantes y valora los supuestos comportamentales y su significación profunda para conseguir la mayor independencia y reinserción posible del individuo en todos sus aspectos: laboral, mental, físico y social. Las actividades que se desarrollan en esta área se ocupan de la promoción de la salud y bienestar de la ocupación humana.

En este sentido, desde la Ley 949 de 2005 las acciones realizadas por el profesional en terapia ocupacional se definen como: el estudio de la naturaleza del desempeño ocupacional de las personas y las comunidades, la promoción de estilos de vida saludables y la prevención, tratamiento y rehabilitación de personas con discapacidades y limitaciones, utilizando procedimientos de acción que comprometen el autocuidado, el juego, el esparcimiento, la escolaridad y el trabajo como áreas esenciales de su ejercicio.

En este orden de ideas el terapeuta ocupacional tiene las competencias para promover un estilo de vida saludable, así mismo generar ajustes razonables para apoyar procesos de educación inclusiva, aportando alternativas de accesibilidad y uso de tecnología de asistencia, es así que desde el acompañamiento que realizará a las duplas que participan en la estrategia de relevo domiciliario realizara la intervención a través de una sesión por mes cada uno de una hora a continuación se describen las temáticas que se abordaran en cada sesión:

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

i. Primera sesión

En esta primera sesión el profesional realizará la presentación, el objetivo de la intervención, el tiempo que se utilizará, acordará la sesiones con la familia, así como también:

- Identificación de necesidades para el fortalecimiento del cuidado (adaptaciones requeridas conforme al tipo de discapacidad)
- Concertación de adaptaciones y priorización de acciones
- Fortalecimiento de la autonomía- autocuidado Actividades de la vida diaria Seguimiento a acciones y actividades concertadas

ii. Segunda sesión

De acuerdo con lo trabajado en la primera sesión el profesional realizará el recuento de lo trabajado e identificara los avances de la persona que requiere cuidado y del cuidador que aportaran al fortalecimiento de la autonomía en la relación de las actividades de la vida diaria, a continuación, se describe las actividades:

- Seguimiento a acciones y actividades concertadas
- Fortalecimiento de la autonomía- Juego - Esparcimiento- tiempo libre

iii. Tercera sesión

De acuerdo con lo trabajado en la segunda sesión el profesional realizará el recuento de lo trabajado e identificará los avances de la persona, con relación a las acciones y actividades concertadas y las actividades de la vida diría realizadas, con el fin de fortalecer el proyecto de vida en el cuidador y de ser posible en la persona que requiere cuidado, a continuación, se describe las actividades:

- Fortalecimiento de la autonomía- Actividades con remuneración económica- emprendimiento o planes para la educación
- Seguimiento a acciones y actividades concertadas y educación para el desarrollo de actividades de la vida diaria de acuerdo con la condición de la persona que requiere cuidado.

iv. Cuarta sesión

De acuerdo con lo trabajado en la tercera sesión el profesional realizará el recuento de lo trabajado e identificará los avances de la persona, con relación a las acciones y actividades concertadas y las actividades de la vida diría realizadas, con el fin de fortalecer el proyecto de vida en el cuidador y de ser posible en la persona que requiere cuidado, a continuación, se describe las actividades:

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

- Seguimiento a acciones y actividades concertadas - plan para el mantenimiento de las habilidades desarrolladas
- Fortalecimiento de la autonomía- participación social y comunitaria desde las habilidades de la familia
- Siendo la última sesión se hablará a la persona de manera positiva, reconociendo el espacio brindado y retroalimentado de los avances logrados durante los 4 meses.

c. Intervención desde el profesional en Enfermería

Teniendo como base la Ley 266 de 1996 la cual reglamenta el ejercicio de la profesión de enfermería, define la naturaleza y el propósito de la profesión, determina el ámbito del ejercicio profesional y desarrolla los principios que la rigen.

La enfermería es una profesión liberal y una disciplina de carácter social, cuyos sujetos de atención son la persona, la familia y la comunidad, con sus características socioculturales, sus necesidades y derechos, así como el ambiente físico y social que influye en la salud y en el bienestar. El ejercicio de la profesión de enfermería tiene como propósito general promover la salud, prevenir la enfermedad, intervenir en el tratamiento, rehabilitación y recuperación de la salud, aliviar el dolor, proporcionar medidas de bienestar y contribuir aun vida digna. Así mismo ayuda a desarrollar al máximo los potenciales individuales y colectivos, para mantener prácticas de vida saludables que permitan salvaguardar un estado óptimo de salud en todas las etapas de la vida.

La ley 266 de 1996 describe que el profesional de enfermería puede ejercer las funciones en los ámbitos donde la persona vive, trabaja, estudia, se recrea y se desarrolla, y en las instituciones que directa o indirectamente atienden la salud.

De otro lado, la Ley también menciona las funciones de Enfermería y en ese orden de ideas las sesiones que trabajara la enfermera se enmarcan en la Ley 266 de 1996 y se describen a continuación:

i. Primera sesión

En esta primera sesión el profesional realizará la presentación, el objetivo de la intervención, el tiempo que se utilizará, acordará la sesiones con la familia, así como también:

- Analizará las necesidades de enfermería de la persona que requiere cuidado y el cuidador
- Diseñara junto con la familia las metas y planes de atención de corto, mediano y largo plazo con relación a aspectos en salud.

ii. Segunda sesión

Se retomará los avances logrados con relación a lo trabajado en la primera sesión y seguido en esta segunda sesión el profesional abordará temas como:

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

- Prevención de enfermedades, a través de la identificación realizada en la primera sesión trabajara sobre los factores de riesgo que pueden generar enfermedades, así como también el tratamiento y control de las mimas.
- Buenos hábitos de vida saludable que permitan mejorar el estado de salud y bienestar.

iii. Tercera sesión

Se retomará los avances logrados con relación a lo trabajado en la segunda sesión y seguido en esta tercera sesión el profesional abordará temas como:

- Validar su la condición de salud y brindar herramientas para que exista mayor satisfacción en la vida diaria.
- Manejo del estrés y hábitos para reducción del estrés.
- Herramientas para mejorar las capacidades motrices.

iv. Cuarta sesión

De acuerdo con lo trabajado en la tercera sesión el profesional realizará el recuento de lo trabajado e identificará los avances de la persona, con relación a las acciones y actividades concertadas y las actividades de la vida diría realizadas, con el fin de fortalecer el proyecto de vida en el cuidador y de ser posible en la persona que requiere cuidado, a continuación, se describe las actividades:

- Brindar herramientas para generar una mayor conciencia sobre la salud.
- Fortalecimiento de la autonomía- participación social y comunitaria desde las habilidades de la familia
- Siendo la última sesión se hablará a la persona de manera positiva, reconociendo el espacio brindado y retroalimentado de los avances logrados durante los 4 meses.

Nota: el desarrollo de cada una de las sesiones realizadas con la dupla se registra en el formato establecido para tal fin el cual será entregado por la SDS y hará parte integral de la historia de intervención de la dupla.

d. Productos del Atención en Salud Resolutiva para la dupla

De acuerdo con el abordaje realizado por los equipos de atención en casa, el grupo de relevo, conformado por un profesional en enfermería, profesional terapia ocupacional y psicólogo tomará las recomendaciones emitidas por este equipo, adicional el análisis de la información realizada por el grupo de identificación ERC y diseñará el plan de cuidado para la dupla así:

Plan de cuidado para la persona que requiere cuidado: es una herramienta de trabajo que se desarrolla durante el proceso de acompañamiento, la cual se conviene y desarrolla

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

con la dupla para facilitar el seguimiento a recomendaciones y compromisos que conduzcan al cumplimiento gradual y progresivo del mejoramiento de las condiciones de salud identificadas. Permite la definición y articulación de las responsabilidades de las personas que componen la familia[12]. Este formato será entregado por la SDS y tendrá cuatro actividades como: autocuidado, desarrollo cognitivo, desarrollo de actividad física y actividades de esparcimiento.

Este plan tendrá un seguimiento mensual por parte del equipo de relevo con el fin de identificar los avances o dificultades que permita o reformular el plan de cuidado o potencializar las actividades.

Plan de cuidado para el cuidador: es una herramienta de trabajo que se desarrolla durante el proceso de acompañamiento, la cual se concierta con el cuidador, quien asumirá unos compromisos que permitirán de manera gradual y progresiva del mejoramiento de las condiciones de salud identificadas, Este formato será entregado por la SDS y estará conformado bajo cuatro actividades como son: autocuidado, adherencia a tratamiento de acuerdo con sus condición de salud y recomendaciones que van relacionadas a la situación salud identificada por los EAC.

Este plan tendrá un seguimiento trimestral por parte del grupo de relevo con el fin de identificar los avances o dificultades que permita o reformular el plan de cuidado o potencializar las actividades.

Seguimiento de intervención por profesional: de acuerdo con lo registrado en los planes de cuidado y las actividades que se desarrollaran en cada intervención del profesional quedaran registradas en el formato establecido para tal fin el cual será entregado por la SDS y hará parte integral de la historia de intervención de la dupla.

5.3.2 Estándares para el Plan de cuidado

La calidad de vida del cuidador se ve afectada debido a la sobrecarga por la labor de cuidado, generando alteraciones en el estado físico, en lo emocional y en la salud mental. Con el fin de poder hacer una evaluación integral al impacto en la calidad de vida de los cuidadores, y tomado como base la investigación realizada a cuidadores informales de personas dependientes en España; se adoptará conceptos de esta investigación para la elaboración e implementación del plan de cuidado para el cuidador. En el diseño y elaboración del plan de cuidado es importante trabajar las dimensión física, emocional, parental. relacional y material; es así como desde el proceso de bienestar y salud se abordarán las dimensiones de:

Con el objetivo de cualificar la labor de cuidado el operador a través del grupo de profesionales de relevo conformado por: profesional en enfermería, profesional terapia ocupacional y psicólogo, realizaran la cualificación de la labor de cuidado de acuerdo con la

[12] Guía operativa equipos de atención en casa 2021 SDS

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

discapacidad y/o dependencia de la persona que requiere cuidado, de tal manera que permita que estas mejores prácticas puedan mejorar la calidad de vida de la dupla. A continuación, se describen las temáticas que se abordaran a través del grupo de relevo.

Dimensión física: los problemas físicos más frecuentes como consecuencia de la labor de cuidado son los osteomusculares, especialmente en la espalda, brazos y hombros, lo que se relaciona a las cargas y el esfuerzo físico que requieren las movilizaciones[13]. Es responsabilidad del terapeuta ocupacional, realizar actividades teniendo en cuenta las posibilidades con las que cuenta el cuidador, de tal manera que permita mejorar las condiciones de vida del cuidador y de esta manera bajar la sobrecarga.

Esta información deberá quedar registrada en el formato de plan de cuidado establecido por la SDS el cual estará en la caja de herramientas.

Dimensión emocional: de acuerdo con la valoración realizada por los profesionales en psicología y el resultado de los tamizajes entregados por los EAC. Se identificará la necesidad de abordaje, sin olvidar que de identificar un riesgo en salud mental deberá ser notificado a los EAC, quienes se encargaran de realizar la canalización o atención correspondiente, sin embargo, con el fin de realizar un acompañamiento complementario implementando la estrategia enfrentando problemas EP+, el profesional en psicología del grupo de relevo, que permita mejorar la salud mental, a través del manejo de sus emociones y la autonomía, lo que se traducirá en una disminución de la sobrecarga del cuidador.

Con el fin de medir el impacto del abordaje se realizará la aplicación del tamizaje de Zarit al inicio del proceso y al finalizar el proceso.

Dimensión relacional: El estado de ánimo del cuidador afecta su entorno social y desencadena a largo plazo un aislamiento y el abandono de sus actividades o proyecto de vida[14]. Con el fin de realizar un acompañamiento complementario a la reactivación del proyecto de vida del cuidador el equipo relevo interdisciplinario elaborar en el plan de atención, que permita mejorar la salud mental, lo que se traducirá en una disminución de la sobrecarga del cuidador y la posibilidad de potenciar actividades de autonomía en la persona que requiere cuidado. Ver caja de herramientas

Dimensión material: La situación económica de los cuidadores suele verse afectada, debido a la labor de cuidado que realizan de tiempo completo, se añade a esta situación el no tener un trabajo formal hace que no tenga cotización a la Seguridad Social, que repercutirá negativamente en el futuro a la falta de pensión. Con el fin de realizar un aporte a la reactivación económica y al proyecto de vida del cuidador, desde esta dimensión se realizará una cualificación de la labor de cuidado; que a futuro le permita al Cuidador obtener una fuente de ingresos por hacer labor de cuidado.

[13] Proyecto de investigación. Cuidadores informales de personas dependientes en barranco grande: sobrecarga, calidad de vida y apoyo social. Fecha: 01/07/2016

[14] Proyecto de investigación. Cuidadores informales de personas dependientes en barranco grande: sobrecarga, calidad de vida y apoyo social. Fecha: 01/07/2016

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Tabla 3. Dimensiones

Dimensiones	Temáticas generales	Temáticas Específicas
Física	Salud y Nutrición	Hábitos de vida saludable a partir de la identificación de los factores de riesgo en las duplas Adherencia al tratamiento Manejo farmacológico
	Herramientas básicas para la atención de personas que requieren apoyo por dependencia y/o discapacidad	Actividad física en diferentes niveles de funcionamiento. Movilización de la persona con discapacidad y/o dependencia funcional Manejo en condiciones de inmovilidad de la persona con discapacidad y/o dependencia funcional Prevención y manejo de caídas. Rol de los cuidadores de acuerdo con las diferentes patologías que presentan las personas con discapacidad y/o dependencia. Manejo del tiempo Distribución de responsabilidades
Emocional	El autocuidado genera valor y resignifica la labor de cuidado	Como controlar los sentimientos de frustración e impotencia, autorregulación emocional. Las personas cuidadoras como multiplicadores de experiencias. Como trasmitir de manera asertiva las emociones Autonomía emocional Capacidades sociales Resiliencia. Etapas del duelo y cómo manejarlas
Relacional	Resolución de conflictos en familia y comunidad	Pasos para solucionar conflictos. Mediación y negociación.
Material	Redes comunitarias e institucionales - Rutas de atención en el marco del SIDICU	Escenarios de participación para cuidadores Construcción de redes comunitarias. Rutas de atención. Reactivación del proyecto de vida

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

5.3.3 Espacios de Respiro para Cuidadores (as)

Los *espacios de respiro* están comprendidos como aquellos momentos en los que el cuidador(a) destina un espacio de su cotidianidad para ser reconocidos en su labor diaria de cuidado, lo que favorece la escucha y el compartir de experiencias y así mismo se constituye como una estrategia de resiliencia[15] para reconocer su realidad y adaptarse a su rol.

La actividad "espacios de respiro para los cuidadores(as) de personas con dependencia y/o con discapacidad" se desarrollará en una (1) salida recreativa, actividad en la que tendrán que participar de forma escalonada el 100% de los participantes y tendrá como tema central el autocuidado para la consolidación de hábitos de vida saludable a través de actividades lúdicas, que fortalezcan las habilidades adquiridas. Estas actividades estarán bajo la responsabilidad del profesional en Educación Física o Licenciado en artes, quienes a través de articulaciones intersectoriales podrán realizar las salidas, sin embargo, es importante aclarar que se deber garantizar en cada salida: el lugar deberá proporcionar al cuidador bienestar y esparcimiento, deberá incluir toda la logística necesaria como transporte, almuerzo, refrigerio, entre otros.

Tabla 4. Temáticas recomendadas para abordar en la sesión de respiro

Tema	Actividad	Observaciones	Articulaciones
Técnicas de Relajación:	Musicoterapia	Técnica de respiración, técnica de relajación. Articulación	IDRD
Mantenimiento físico y mental	Yoga	Relajar cuerpo y mente, manejo de posturas y ejercicios.	IDRD
Terapia recreativa y ocupacional.	Actividades funcionales y técnicas	Ejercicios para mejorar la salud mental	IDRD
Cultura	Salidas a museos, jardín botánico entre otras	Brindar espacios de esparcimiento y dar a conocer la oferta institucional	IDRD – Museos – jardín botánico

5.3.4 Atención a la persona que requiere cuidado desde el proceso de bienestar y salud

La atención de las personas con dependencia y/o con discapacidad sigue recayendo principalmente en las familias y mayoritariamente en las mujeres, generando, pérdida de la

[15] Capacidad de los seres humanos para adaptarse positivamente a situaciones adversas

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

libertad, sobrecarga, incapacidad para disfrutar del tiempo libre, dificultades financieras, de otro lado, la falta de conocimiento sobre la evolución de la enfermedad trae como consecuencia el abandono de la persona cuidada, la institucionalización y/o desgaste del cuidador que luego se traduce en otra persona que va requerir cuidado.
Aunque las familias, y en especial quienes cumplen la responsabilidad de cuidado, tratan de organizarse y sobreponerse para afrontar de la mejor forma estas demandas. Con alguna frecuencia, debido a la poca habilidad como cuidadores, se producen sentimientos de impotencia frente a estas tareas de cuidado generan un elevado nivel de estrés.

La persona que requiere cuidado necesita ayuda de otra persona para poder realizar las actividades de la vida diaria. Es así como cuidar se convierte en una actividad que muchas personas realizan a lo largo de su vida. No obstante, cada cuidado hace que sea una experiencia única y por lo tanto requiere de una mirada y atención diferencial, que exige a los entes territoriales disponer de herramientas y/o servicios de apoyo para los cuidadores y/o familias que tienen bajo su responsabilidad cuidar de otro, en razón a lo anterior, desde la SDS se busca aunar esfuerzos, para la atención a las duplas más necesitadas. En este sentido la estrategia de relevo de cuidado implementada por la SDS se describe en la tabla N. 5.

Tabla 5. Estrategia de Relevo de cuidado

Modalidad de cuidado	Horas de Acompañamiento por profesional	Profesional responsable
Cuidados Básicos	4 horas a la semana	Auxiliar de enfermería

El producto final de las atenciones realizadas por la auxiliar de enfermería serán la bitácora de cada sesión de relevo. Información que será supervisada por el profesional en enfermería.

5.4 Relevos Domiciliario a Cuidadores en la Ruralidad

El territorio rural está disperso en nueve de las 20 localidades de la capital: Sumapaz, Usme, Ciudad Bolívar, Usaquén, Santa Fe, San Cristóbal, Chapinero, Suba y Bosa. La localidad de Usme es la que mayor población alberga, con un 34% del total de campesinos. De otro lado se define dos categorías de ruralidad de acuerdo con la encuesta multipropósito de 2017 y son:

I. Centro poblado: se define como una concentración de mínimo veinte (20) viviendas contiguas, vecinas o adosadas entre sí, ubicada en el área rural de un municipio o de un Corregimiento Departamental;
II. Área rural dispersa o resto municipal: se caracteriza por la disposición dispersa de viviendas y explotaciones agropecuarias existentes en ella. No cuenta con un trazado o

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

nomenclatura de calles, carreteras, avenidas, y demás. Tampoco dispone, por lo general, de servicios públicos y otro tipo de facilidades a diferencia de la urbana. [16]

5.4.1 Atención a cuidadores en la ruralidad

Se realizará la atención a través de la intervención de un equipo interdisciplinario conformado por un profesional en enfermería, un profesional en psicología y un profesional en terapia ocupacional, quienes realizarán la intervención una vez al mes en cada Subred; es importante mencionar que las duplas seleccionadas deberán estar identificadas por los EAC, y será responsabilidad del líder operativo seleccionar a las duplas más necesitadas para la intervención teniendo en cuenta los criterios de inclusión y priorización.

Durante la atención de las duplas se aplicará lo expuesto en la guía lo descrito en el proceso de salud y bienestar.

5.5 Proceso de seguimiento y monitoreo

Teniendo en cuenta que en la implementación de la estrategia de relevo domiciliario en el marco del convenio 016 de 2021, se identificaron duplas que, a pesar de realizar el relevo domiciliario y la intervención interdisciplinaria, no se logró bajar la sobrecarga de cuidado, es así que se iniciará el seguimiento a este grupo de duplas identificadas, información que será entregada por la líder operativa de la estrategia de relevo y las actividades descritas a continuación se realizaran con estas duplas:

a. Visita de seguimiento de identificación

El profesional en psicología realizará una visita domiciliaria con el fin de identificar las necesidades de la dupla y poder revisar los avances de la primera intervención realizada en el marco del convenio 016-2021, Utilizando los formatos establecidos para tal fin. Se generará un plan de cuidado para la dupla.

b. Relevo domiciliario a cuidadores

El grupo de relevo (psicólogo- enfermera – terapeuta ocupacional) realizarán la intervención a través de la metodología descrita en la presenta guía en el proceso de salud y bienestar. La auxiliar de enfermería realizara 1 relevo al mes de 4 horas acordado con la dupla.

c. Momentos de respiro

Desde el proceso de bienestar y salud descrito en el numeral 5.2.3 los cuidadores podrán participar en los espacios de respiro que se desarrollen durante la vigencia del convenio.

[16] Caracterización cuantitativa y cualitativa de las cuidadoras en Bogotá noviembre de 2021

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

5.6 Cierre de sesiones de relevo domiciliario a cuidadores

Con el fin de verificar los avances de la intervención realizada durante los cuatro (4) meses de relevo y poder tener indicadores que permita mejorar la implementación y el servicio se deberán realizar las siguientes actividades:

a. Encuesta de satisfacción

Se aplicará la encuesta de satisfacción del servicio prestado por los profesionales de la estrategia de relevo domiciliario a cuidadores formato que será entregado por la SDS. Con el fin de medir el nivel de satisfacción, información que deberá ser tabulada y analizada por el grupo que hace parte del proceso de Coordinación técnica y administrativa y entregar los resultados a la SDS en los tiempos definidos para tal fin.

b. Aplicación test Zarit

Con el fin de lograr medir el impacto de la intervención realizada se realizará la aplicación del tamizaje, información que deberá ser tabulada y analizada por el grupo que hace parte del proceso de Coordinación técnica y administrativa y entregar los resultados a la SDS en los tiempos definidos para tal fin.

c. Visita de cierre

Con el fin de identificar los avances al plan de cuidado generado para la dupla (persona que requiere cuidado y cuidador) el profesional en psicología realizará la visita de cierre donde evaluará los avances y dificultadas presentas y definirá si se cumplieron los objetivos planteados durante la intervención. En el formato establecido para tal fin el cual será entregado por la SDS. De otro la profesional en psicología realizará la evaluación post-intervención, de acuerdo con el formato anexo en esta guía operativa de las sesiones realizadas a través de la EP+.

d. Comité de Cuidado

Es la mesa técnica que realizará una vez al mes con el fin de analizar los avances o dificultades de la intervención a las duplas, espacio que permitirá replantear las actividades que permitan impactar de manera positiva la calidad de vida de la dupla.

Como evidencia de estos espacios se realizará un acta de reunión en el formato establecido con los casos analizados, compromisos y decisiones como grupo de la Estrategia de Relevo Domiciliario a Cuidadores.

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

6. BIBLIOGRAFÍA

Subsecretaría de Salud Pública. Lineamiento de la Acción Integrada Comunidades Promotoras y Protectoras para el Cuidado y Fomento de la Salud – Entorno Comunitario. Subsecretaría de Salud Pública. Julio de 2021.

Ministerio de Salud y Protección Social. Lineamientos Nacionales de Rehabilitación Basada en la Comunidad – RBC. Colombia, 2014.

Proyecto de investigación. Cuidadores informales de personas dependientes en barranco grande: sobrecarga, calidad de vida y apoyo social. Fecha: 01/07/2016

Guía para la operación de los programas de atención domiciliaria en el Distrito

Manual cuidado al cuidador Ministerio de Salud y Protección Social

Boletines Poblacionales: Personas con Discapacidad -PCD1 Oficina de Promoción Social I-2020

Estudio nacional Habilidad de cuidadores familiares de personas con enfermedad crónica. Mirada Internacional. Family Care Skill for Chronic Disease People: International Approach

Mejores prácticas internacionales y brasileñas apoyo al cuidador familiar

Proyecto de ley no. de 2020 senado de Colombia “por el cual se garantizan los derechos de los cuidadores familiares de personas dependientes, y se dictan otras disposiciones”.

Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud

Estrategia de intervención breve - Enfrentando Problemas Plus (EP+) Ayuda psicológica individual para adultos con problemas de angustia en comunidades expuestas a la adversidad- Versión genérica de prueba de mercado de la OMS 1.0, 2016 Serie sobre Intervenciones Psicológicas de Baja Intensidad – 2

7. CONTROL DE CAMBIOS

VERSIÓN	FECHA DE APROBACIÓN	RAZÓN DE ACTUALIZACIÓN
1	17/06/2022	La Guía Operativa se crea para orientar técnicamente los servicios de relevo domiciliario que se prestarán en el marco del Convenio Interadministrativo Distrital suscrito entre Capital Salud EPS-S, las Subredes Integradas de Servicios de Salud Norte, Centro Oriente, Sur Occidente y Sur, y la Secretaría Distrital de Salud. Y de acuerdo con la operación actual se hizo necesario realizar ajustes de claridad en términos de palabras que no de la posibilidad de doble interpretación

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

2	31/08/2022	Se actualiza la Guía, para responder a: (i) las necesidades del cuidador(a), la promoción de su salud, la prevención de su enfermedad y el fortalecimiento de redes sociales del cuidador(a), para brindarle un descanso de sus labores de cuidado directo y permitirle destinar dicho tiempo a avanzar en su proyecto de vida y/o descansar y/o disfrutar de los servicios de formación complementaria y certificación de saberes y/o recibir atención psicológica y servicios complementarios en las manzanas de cuidado (donde existan); y (ii) las necesidades específicas de atención de las personas que requieren cuidado por su condición de dependencia, afectación psicosocial y/o discapacidad.

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.